FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1962

THÈSE

N° 755

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ETAT

PAR

Alain LE BERRUYER

né le 25 novembre 1930 à LE MANS (Sarthe)

Présentée et soutenue publiquement le :

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES HYPERTROPHIES BENIGNES, ACQUISES DES MUSCLES MASTICATEURS. A PROPOS D'UN CAS D'HYPERTROPHIE BILATERALE DES MUSCLES TEMPORAUX ET MASSETERS

Président : M. BARIETY, Professeur

EDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE - PARIS-Ve

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1962 N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ETAT

PAR

Alain LE BERRUYER

né le 25 novembre 1930 à LE MANS (Sarthe)

Présentée et soutenue publiquement le :

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES HYPERTROPHIES BENIGNES, ACQUISES DES MUSCLES MASTICATEURS. A PROPOS D'UN CAS D'HYPERTROPHIE BILATERALE DES MUSCLES TEMPORAUX ET MASSETERS

Président : M. BARIETY, Professeur

EDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE - PARIS-Ve

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

1-2-1962

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Champy (C.), Debré (R.), Fey (B.), Gastinel (P.), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Mondor (H.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Olivier (E.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis (D), Quénu (J.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.).

DOYEN . . . . . **Léon BINET.**
Membre de l'Institut

1er ASSESSEUR . . . . . **Jean VERNE**
2e ASSESSEUR . . . . . **Gaston CORDIER**

I. — PROFESSEURS

1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.) / SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Embryologie	GIROUD (A.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	N...
Histologie	VERNE (J.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (P.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	PIEDELIÈVRE (R.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	GALLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale	HUGUIER (J.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	MILLIEZ (P.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	BOUDIN (G.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
Physiologie	BINET (L.) / BARGETON (D.)
Physiologie et pathologie obstétricale	LEPAGE (F.)
Physique médicale	DOGNON (A.) / DJOURNO (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	N...
Thérapeutique	CONTE (M.)

b) Professeurs à titre personnel :

Biochimie médicale	DESGREZ (P.) / POLONOVSKI (J.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Hygiène et médecine préventive	DEPARIS (M.)
Parasitologie	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
Pharmacologie	LÉVY (Mlle J.)
Physiologie	PARROT (J.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	MOUQUIN (M.)
Cliniques chirurgicales — Beaujon	LORTAT-JACOB (J.-L.)
Cochin	LEGER (L.)
Hôtel-Dieu	PATEL (J.)
Pitié	CORDIER (G.)
Saint-Antoine	GOSSET (J.)
Salpêtrière	SICARD (A.)
Tenon	OLIVIER (Cl.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants Malades)	FÈVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin)	MERLE d'AUBIGNÉ (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	GAUDART d'ALLAINES (F. de)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laennec)	MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)	FUNCK-BRENTANO (P.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des Enfants (Enfants-Malades)	CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	CASTAIGNE (P.)
Cliniques médicales — Boucicaut	LENÈGRE (J.)
Broussais	SOULIÉ (P.)
Cochin	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Cochin	BROUET (G.)
Hôtel-Dieu	BARIÉTY (M.)
Lariboisière	SÈZE (S. de)
Pitié	DREYFUS (G.)
Saint-Antoine	KOURILSKY (R.)
Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat)	DEBRAY (C.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	GENNES (L. de)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales — Baudelocque	LACOMME (M.)
Foch (Suresnes)	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	RENARD (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	LELONG (M.)
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laennec)	BERNARD (E.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Pitié)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgixale (Vaugirard)	ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique	GAULTIER (M.)
Clinique traumatologique	PADOVANI (P.)
Séméiologie médicale	DOMART (A.)
Séméiologie et clinique chirurgicales	POILLEUX (F.)
Clinique urologique (Necker)	COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	TURPIN (R.)

b) Professeurs à titre personnel :

Médecine	BOUR (H.)
	LHERMITTE (F.)
	PEQUIGNOT (H.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGRÉGÉS ET MAITRES DE CONFÉRENCES - AGRÉGÉS

	MM.
Anatomie	CABROL (C.) COUINAUD (C.) GILLOT (C.) OLIVIER (G.)
Anatomie pathologique	GAUTHIER-VILLARS (Mlle P.) pr. s. ch. ABELANET (R.) BUSSER (F.) CHOMETTE (G.) GOUYGOU (Ch.), m. conf. NEZELOFF (Ch.) ORCEL (L.) PAILLAS (J.)
Anesthésiologie	KERN (E.) VOURC'H (G.)
Bactériologie	BARBIER (P.) CHRISTOL (D.) LE MINOR (L.) TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	BAULIEU Et. m. conf. BOURILLON (R.) CARTIER (P.) DREYFUS (J.-Cl.) GONNARD (P.) KRUH (J.) JEROME (H.)
Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports	PLAS (F.)
Carcinologie	BOIRON (M.) DENOIX (P.) MATHE (G.) SELIGMANN (M.)
Dermato-Syphiligraphie	CIVATTE (J.) DUPERRAT (B.)
Electro-Radiologie	LEDOUX-LEBARD (G.)
Hématologie	BESSIS (M.) BILSKI-PASQUIER (G.) DAUSSET (J.) DUHAMEL (G.)
Histologie	COUJARD (R.), pr. s. ch. MAROIS (M.) RACADOT (J.)
Hydrologie	BESANÇON (F.) CORNET (A.)
Hygiène	BOYER (J.) pr. s. ch. BLANCHER (G.) CORRE-HURST (Mme L.) SAPIN-JALOUSTRE (H.)
Maladies infectieuses	BASTIN (R.) DUPONT (V.)
Médecine légale	DEROBERT (L.), pr. s. ch. FOURNIER (E.) GUENIOT (M.) HADENGUE (A.)
Médecine du travail	ALBAHARY (C.)
Neuro-chirurgie	PERTUISET (B.)
Obstétrique	GRANJON (A.) HERVET (E.) LE LORIER (G.) LEVY (J.) MORIN (P.) MUSSET (R.) ROBEY (M.) SENEZE (J.) SUREAU (C.) THOYER-ROZAT (J.)
Ophtalmologie	BRÉGEAT (P.) DUBOIS (A.) SARAUX (H.)

	MM.
Orthopédie	JUDET (R.) MEARY (R.) POSTEL (M.) RAMADIER (J.)
Oto-rhino-Laryngologie	DEBAIN (J.) PIALOUX (P.)
Parasitologie	GOLVAN (Y.) LAPIERRE (J.)
Pathologie chirurgicale	BARCAT (J.) BINET (J.-P.) CAUCHOIX (J.) CERBONNET (G.) CHATELIN (C.-L.) DUBOST (Ch.) DUBOST (Cl.) FAUREL (J.) FLABEAU (F.) GARBAY (M.) GARNIER (H.) (Cl. de) GAUDART-d'ALLAINES GERMAIN (A.) LATASTE (J.) LEVEQUE (B.) LOYGUE (J.) MERCADIER (M.) NATALI (J.) PELLERIN (D.) PERROTIN (J.) ROBERT (H.) THOMERET (G.)
Pathologie exotique	SCHNEIDER (J.)
Pathologie expérimentale	BENHAMOU (J.-P.) BERTHAUX (P.) BOIVIN (P.) CROSNIER (J.) HARTMANN (L.) LŒPER (J.) MAURICE (J.) MIKOL (Cl.) RICHET (G.)
Pathologie médicale	AUSSANNAIRE (M.) BOUVIER (J.) BOUVRAIN (Y.) BRICAIRE (H.) BRISSAUD (H.) BROCARD (H.) BUGE (A.) CATINAT (J.) CHRÉTIEN (J.) COBLENTZ (B.) CONTAMIN (F.) COURY (C.) ÉTIENNE (J.-P.) FREZAL (J.) FRITEL (D.) HENNEQUET (A.) HIMBERT (J.) HOUSSET (E.) LAROCHE (Cl.) LESOBRE (R.) MACREZ (C.) MOREAU (L.) NICK (J.) ROYER (P.) TOURNEUR (R.) WOLFROMM (R.)
Pédiatrie-Puériculture	JOSEPH (R.) LAFOURCADE (J.) LEPERCQ (G.) MANDE (R.) MOZZICONACCI (P.) POLONOVSKI (C.) ROSSIER (A.) VIALATTE (J.)

	MM.
Pharmacologie	BOISSIER (J.) LECHAT (P.)
Physiologie	BARRES (G.) DEJOURS (P.) DURAND (J.) GIRARD m. conf. HUGELIN (A.) SCHERRER (J.)
Physique médicale	CHANTEUR (J.) COUGEROT (L.), m. conf. pr. s. ch. GREMY (F.) m. conf. MILHAUD (G.) PELLERIN (P.) ROUCAYROL (J.-Cl) TUBIANA(M.) m.conf.
Pneumo phtisiologie	KREIS (B.) MEYER (A.) RENAULT (P.)

	MM.
Psychiatrie	PICHOT (P.)
Psychiatrie infantile	DENIKER (P.) DUCHE (D.) FLAVIGNY (H.) LAPRESLE (J.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.)
Stomatologie	CERNEA (P.) CHAPUT (Mme A.) m. c. agr. GRELLET (M.)
Thérapeutique	CHASSAGNE (P.) LAMOTTE (M.) MARCHE (J.)
Urologie	AUVERT (J.) MOULONGUET (A.) QUENU (L.)

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

	MM.
Anatomie	DEBEYRE (J,)
Clinique chirurgicale	ABOULKER (P.) AMFLIAE (A), pr. s. ch. VERNE (J.-M.)
Clinique médicale	PERRAULT (M.) RAMBERT (P.) THIEFFRY (S.)
Clinique obstétricale	GRASSET (J.) MAYER (M.)

	MM.
Clinique ophtalmologique	DESVIGNES (P.) OFFRET (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique	MADURO (R.)
Clinique pédiatrique et puériculture	LAPLANE (R.)
Clinique psychiatrique	BARUK (H.)
Clinique urologique	KUSS (R.)

IV. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie . . . . . HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.

Pathologie chirurgicale . . . . . RUDLER (J.) Pr. s. ch.

V. - CHARGÉS DE COURS D'HYGIÈNE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

BOLTANSKI (E.)
LAUNAY (C.)

Secrétaire général de la Faculté . . . . . M. LENA (J.)

Secrétaire principal . . . . . Mlle CHAINTREUIL (G.)

Conservateur en Chef de la Bibliothèque
Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine . . . . . M. le Docteur HAHN (A.)

Conservateur . . . . . Mlle DUMAITRE (P.)

Bibliothécaires . . . . . Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlles LAURENT (H.), LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A mes Parents,

avec toute mon affection.

A ma Femme,

à qui je dois un foyer heureux.

A toute ma Famille.

A Monsieur le Professeur M. BARIETY
Professeur de clinique médicale
Commandeur de la Légion d'honneur
Membres de l'Académie de Médecine.

qui m'a fait le grand honneur de bien vouloir accepter la présidence de cette thèse,

En hommage respectueux.

A Monsieur le Professeur FRESSINAUD-MASDEFEIX

Professeur agrégé de Pathologie Médicale,
Médecin des Hôpitaux

qui m'a inspiré ce travail, pour lequel il m'a été un guide précieux, et qui fut pour moi un Maître dont je n'oublierai pas les vertus de l'enseignement.

En témoignage d'une vive et respectueuse reconnaissance.

A mes Maîtres Angevins, et tout particulièrement :

Monsieur le Professeur GOYER

Professeur de clinique chirurgicale
Chirurgien des Hôpitaux

Monsieur le Docteur VAUCLIN

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Chirurgien des Hôpitaux

Monsieur le Docteur SIMARD

Anatomo-pathologiste des Hôpitaux

en témoignage de reconnaissance.

INTRODUCTION

L'observation d'un cas d'hypertrophie bénigne, acquise et bilatérale des muscles masséters et temporaux nous a incités à apporter notre concours à l'étude de cette affection.

Notre étude se limitera aux HYPERTROPHIES ACQUISES et purement musculaires, sans aucune néoformation tumorale, sans manifestations de type inflammatoire, sans anomalies vasculaires.

I - Les hypertrophies congénitales ou familiales en sont exclues :

- Elles donnent au sujet un visage carré avec des machoires fortes et une saillie bilatérale des masséters ;
- Cette morphologie se retrouve chez d'autres membres de la famille et les fait considérer comme banales.

II - Les hypertrophies acquises :

- intéressent habituellement les masséters,
- plus exceptionnellement masséters et temporaux ; c'est le cas de notre observation.

Il s'agit d'une affection peu connue dont les caractéristiques essentielles sont :

- d'être une hypertrophie simple, sans altérations histologiques de la fibre musculaire,
- d'évoluer isolément :
  - . sans intéresser d'autres éléments ou groupes musculaires
  - . sans retentissement d'ordre général
  - . sans perturbations biologiques
- de rester bénigne et de ne comporter en conséquence que des indications thérapeutiques d'ordre esthétique.

La place nosologique de cette affection reste incertaine.

oOo

Nous étudierons successivement :

/ PREMIERE PARTIE /

- NOTRE OBSERVATION

/ DEUXIEME PARTIE /

- LES HYPERTROPHIES BENIGNES, ACQUISES DES M. MASTICATEURS.

CHAPITRE I : Historique

CHAPITRE II : Résumé des observations

CHAPITRE III: Etude pratique :

1 - La clinique
2 - L'évolution
3 - Les examens complémentaires
4 - L'anatomie pathologique :
    - Aspect macroscopique
    - Aspect microscopique
5 - Le diagnostic
6 - L'étio-pathogénie

CHAPITRE IV : Traitement

1 - Traitement médical
2 - Traitement chirurgical
    - Principes
    - Techniques
    - Conclusions

/ TROISIEME PARTIE /

- CONCLUSIONS

- BIBLIOGRAPHIE

oOo

PREMIERE PARTIE

- N O T R E O B S E R V A T I O N -

- O B S E R V A T I O N -

Mademoiselle C... Andrée, 20 ans, employée de bureau était tout à fait bien portante jusqu'au début de l'année I960.

Les troubles remontent au début de I960, sans qu'il soit possible de préciser la date exacte.

Progressivement se sont manifestées des céphalées bi-temporales à prédominance droite, tandis que les parents et amis signalaient une modification des traits : certains parlaient d'amaigrissement, d'autres de faciès anguleux, d'autres encore remarquaient un élargissement de la base du visage.

Ces troubles s'accentuent au cours du mois de septembre ; aux céphalées de fond s'ajoutent des crises céphalalgiques intermittentes, pénibles, s'accompagnant de sensation de fatigue et de pâleur ; la malade remarque, et sa coquetterie s'en alarme, que son visage devient "carré" et asymétrique, le plus gros volume étant à droite par développement anormal des régions massétérines et des fosses temporales. Ceci l'amène à consulter.

1 - L'aspect d'ensemble du visage est en effet très particulier, à la fois carré et asymétrique, par augmentation de volume, plus marquée à droite, des régions massétérines et des fosses temporales.

2 - La tuméfaction :

a - Ses limites :

- Au niveau des masséters :

- la zone rétro-maxillaire est respectée,

- le lobule de l'oreille à droite et à gauche n'est pas soulevé.

- Au niveau des temporaux :
  - leur participation est traduite par un élargissement du diamètre bi-temporal,
  - le renflement donne une impression de "rondeur" avec soulèvement du cuir chevelu.

b - Sa consistance :

- Muscles au repos :
  - au niveau des masséters, la tuméfaction est ferme, élastique;
  - au niveau de la fosse temporale, elle donne une impression de plénitude, de tension ferme.
- Muscles contractés :
  - leur saillie s'exagère encore,
  - ils deviennent durs, s'opposant à tout essai de dépression.
- La mise en tension des muscles et la pression de ceux-ci est légèrement douloureuse.

Ces constatations permettent de préciser qu'il s'agit d'une hypertrophie régulière, sans bosselures, sans nodosités, homogène, sans noyau sous-aponévrotique perceptible. C'est le muscle lui-même, dans sa gaine, qui est le siège de cette hypertrophie.

3 - On arrive à la même conclusion en s'assurant de l'absence :

- de toute formation lipomateuse
- de toute participation glandulo-salivaire :
  - parotide et sous-maxillaire ne sont pas perçues,
  - l'orifice du Sténon est normal
  - la sécrétion salivaire est normale : ni sialorrhée, ni sècheresse de la bouche ;
- de toute adénopathie jugulo-carotidienne et sous-angulo-maxillaire.

4 - L'examen neurologique :

a - Centré sur les muscles intéressés, est normal :
- ni hyper ni hypotonie ;
- pas de trismus, pas de réaction d'épuisement ;
- le réflexe idio-musculaire recherché au niveau des masséters n'a pu être mis en évidence,
- le réflexe massétérin est normal.

b - Les autres muscles de l'économie sont normaux :
- tant au point de vue de leur volume
- que de leur force musculaire, et spécialement les muscles du cou et de la ceinture scapulaire.

c - L'étude du tonus, de la sensibilité, des réflexes, ne révèle aucune anomalie.

L'examen des paires crâniennes est normal :
- goût et odorat sont conservés,
- la motricité de la face, des globes oculaires, de la langue et du larynx est normale ;
- de même la sensibilité ;
- les réflexes oculaires sont conservés.

5 - L'examen des dents :
- des arcades dentaires ;
- de l'articulé, à la recherche d'une anomalie locale, négatif.

Et l'interrogatoire ne met en évidence aucune habitude particulière :
- chewing-gum
- bruxomanie.

La malade signale seulement une certaine fatigue douloureuse à la mastication de "caramels et de nougats".

Peut-être aussi a-t-elle tendance à contracter involontairement, lorsqu'elle est inquiète, préoccupée, tendue, les muscles masticateurs. Mais elle ne peut dire si cette tendance est récente, ou non, si elle ne

s'est pas seulement extériorisée du jour où, appréciant dans la glace l'hypertrophie disgracieuse, elle la mettait mieux en évidence en "serrant les mâchoires".

6 - L'examen somatique est normal :

- Coeur et vaisseaux, spécialement les artères temporales que les céphalées bi-temporales nous avaient fait incriminer injustement, sont normaux ;
- le médiastin est libre.

7 - Ajoutons que le psychisme est normal ; une certaine anxiété cependant, bien compréhensible , apparait chez cette malade.

8 - Et les examens complémentaires viennent confirmer que le trouble observé se situe dans le cadre d'une hypertrophie musculaire localisée, sans retentissement général :

- poids stable,
- température normale,
- vitesse de sédimentation normale :
  - 4,5 mm à la première heure,
  - I2 mm à la deuxième heure
  - 78 mm à la 24ème heure.
- Numération globulaire normale :
  - 4.280.000 hématies avec 83% d'hémoglobine et une valeur globulaire à 0,96
  - 6.700 globules blancs, dont :
    - 2% de polynucléaires éosinophiles
    - 54% de polynucléaires neutrophiles
    - I8% de lymphocytes
    - 20% de moyens mononucléaires
    - 6% de monocytes
- L'examen ophtalmologique (Dr. HALLOT-BOYER) ne révèle aucune anomalie des fonds d'yeux ; les champs visuels sont conservés ; il n'y a pas de troubles de la motilité, ni de signes d'inflammation uvéale.

- Les examens radiographiques du crâne et en particulier des régions angulo-maxillaires ne montrent aucune anomalie osseuse, pas d'éversion de l'angle du maxillaire, comme aurait pu le faire croire l'aspect extérieur.

Cet ensemble de renseignements cliniques et biologiques est complété par :

- un électro-encéphalogramme, au tracé non altéré ;
- et surtout une biopsie musculaire (Dr DESNOS), au niveau de la région temporale (pour masquer la cicatrice par la chevelure) . "Le fragment musculaire dont les fibres ont été intéressées par le plan de coupe à la fois longitudinalement et transversalement, ne présente aucune anomalie morphologique ni au niveau des myocytes, ni au niveau du tissu conjonctif inter-fasciculaire.

" Il n'existe aucune prolifération nucléaire et la double striation est partout conservée. Les cylindres myocytaires sont de calibres réguliers et égaux.
Les vaisseaux des travées interfasciculaires ne montrent aucune altération pariétale.
En conclusion : fragment musculaire histologiquement normal"

(Dr. SIMARD)

Connaissant l'existence d'hypertrophies acquises du masséter, nous pûmes poser le diagnostic " d'hypertrophie bénigne, acquise des muscles temporaux et masséters".

Aucune correction chirurgicale ne fut entreprise, aucun traitement médical tenté, sinon de rassurer la jeune fille en lui affirmant la bénignité de son affection.

Revue un an et demi plus tard, le 5 février 1962, elle accuse une légère diminution de l'hypertrophie qui demeure toutefois plus im-

tante à droite qu'à gauche. Elle signale toujours une fatigabilité rapide et une douleur à la mastication prolongée.

Telle fut notre observation. On peut ainsi la résumer :

- Une jeune femme de 20 ans consulte pour une augmentation progressive du volume des régions temporales et massétérines. Il y a prédominance des phénomènes à droite, ce qui entraine une asymétrie du visage.

- Cette hypertrophie, s'accompagnant de céphalées assez intenses, pénibles, véritables myalgies, avec sensation de fatigue et pâleur, pouvait orienter vers un diagnostic de collagénose.

- Le début en est difficile à déterminer, mais les premières constatations remontent à un an, semble-t-il.

- On élimine toute cause d'ordre local ou général : l'examen somatique est entièrement négatif ainsi que l'examen neurologique ; les radiographies de la région angulo-maxillaire, les examens humoraux, ophtalmologiques, O.R.L. et l'électroencéphalogramme sont normaux, de même l'examen histologique.

- L'évolution est bénigne ; au bout de plusieurs mois , l'hypertrophie demeure toujours plus prononcée à droite.

oOo

DEUXIEME PARTIE

LES HYPERTROPHIES BENIGNES, ACQUISES DES MUSCLES MASTICATEURS

CHAPITRE I

- H I S T O R I Q U E -

L'affection semble connue depuis le siècle dernier où, en I880, un auteur anglais, I.W. LEGG, décrivit le premier une "hypertrophie bilatérale des muscles masséters et temporaux" chez une fillette de dix ans. A sa suite, en I905, M. DUROUX, de Lyon, rapporte un cas semblable d'hypertrophie bilatérale des masséters, mais il faut attendre I930, avec la thèse de l'allemand BOLDT, pour trouver le premier travail d'ensemble sur ce sujet.

COFFEY en I942, HERSH en I946 et depuis, de nombreux auteurs, ont exposé leurs cas personnels.

La première intervention est rapportée par GURNEY en I947, sur un homme de trente-cinq ans. Deux ans plus tard, en I949, W.M. ADAMS opère une jeune fille suivant une modification de la technique de GURNEY ; et enfin, en I959, G. GINESTET et ses collaborateurs préconisent une nouvelle technique qui semble plus conforme aux impératifs de la chirurgie esthétique.

De récentes mises au point sont dues au yougoslave DERGANC (I957), à l'allemand RISTOW (I958), aux français M.BENOIST (I956) et R. MOULY (I959), aux américains OPPENHEIM et WING (I959), GUGGENHEIM et COHEN (I959-I960-I96I) et à l'anglais D. DENCER (I96I).

L'on ne compte actuellement guère plus d'une centaine de cas de cette affection qui reste peu connue et sans doute d'intérêt assez secondaire, mais dont la méconnaissance risque d'entrainer à des erreurs de diagnostic ; affection sans doute aussi, peu fréquente si l'on s'en tient aux seuls cas rapportés.

Peut-être en existe-t-il davantage. C'est possible, si beaucoup de victimes de cette disgracieuse hypertrophie n'ont qu'un souci mineur de leur esthétique.

oOo

CHAPITRE II

- RESUME DES OBSERVATIONS -

Les observations rapportées ici ont été choisies pour illustrer au mieux notre étude, et aussi pour servir de base à la discussion des problèmes diagnostique et étiopathogénique.

Certainss, en effet, ont été retenues pour leur exposé clinique, d'autres pour les problèmes physiopathologiques qu'elles suscitent, d'autres enfin pour les erreurs de diagnostic qui y sont évoquées.

Nous nous sommes efforcés, dans les très brefs résumés qui suivent chaque exposé, de ne mentionner que les faits indispensables à une rapide revue d'ensemble.

OBSERVATION N° I - M. DUROUX (I905)

- M... A... , 22 ans, garçon de café, consulte pour une tumeur bilatérale des régions massétérines.

- Il y a un mois qu'on lui fit remarquer que ses joues "grossissaient". Lui-même ne s'en était pas aperçu car il n'éprouvait aucune gène, aucune douleur, aucune difficulté à la mastication. Sa denture était parfaite.

- A l'examen :
  - Tuméfaction massétérine gauche plus accusée ;
  - A l'état de contraction, le gonflement bilatéral augmente; la masse est dure et se délimite bien.
  - A l'état de décontraction, relâchement très manifeste.

- .....
  - Augmentation de volume progressive des deux joues, avec prédominance gauche, chez un homme de 22 ans.

  - Examen général négatif.

  - Diagnostic : hypertrophie musculaire bénigne et bilatérale des masséters.

OBSERVATION N° 2 - MAXWELL et WAGGONER (I948)

- A... A..., jeune fille de I8 ans, se plaignait d'une tuméfaction au niveau de l'angle droit de la mâchoire. Elle l'avait remarquée six mois auparavant, et parfois croyait y voir une modification de taille et de forme.

- L'angle droit de la mâchoire était sensible. Elle ne pouvait mastiquer plus de quelques minutes "gommes" ou aliments fibreux : cela provoquait une douleur de chaque côté de sa mâchoire.

- A l'examen :
  - élargissement de l'angle droit du maxillaire,
  - la contraction des mâchoires montrait vite qu'il s'agissait du masséter.

- A l'examen radiographique :
  - léger évasement des angles du maxillaires.

- A l'examen neurologique :
  - légère inégalité pupillaire, au détriment de la pupille gauche ;
  - discret ptosis à droite;
  - pas de déviation de la langue, mais un simple tremblement ;
  - à gauche légère incoordination musculaire ;
  - à droite, musculature légèrement plus forte ;
  - l'ensemble des muscles du squelette se fatiguait vite.
  - L'électromyogramme du masséter hypertrophié ne montra aucune anomalie.

- L'examen histologique, après biopsie par voie endobuccale, conclut : "Muscle volontaire avec la plupart des fibres bien développées - quelques-unes cependant un tiers supérieures à la normale".

- En même temps, à la grande satisfaction de la malade, la biopsie avait réduit la taille du muscle, réalisant ainsi une correction esthétique.

- RESUME :
  - Augmentation progressive du volume de la joue droite chez une femme de I8 ans.

  - Sensibilité discrète au niveau de l'angle droit de la mâchoire avec fatigabilité rapide à la mastication.

  - Musculature droite plus développée. Fatigabilité générale du sujet.

  - Electromyogramme normal

  - Radiographies : léger évasement des angles du maxillaire.

  - Histologie : aucune anomalie spécifique.
  - Diagnostic : hypertrophie acquise et bénigne du masséter droit.

OBSERVATION N° 3 - MAXWELL et WAGGONER (I949)

- D...C..., jeune femme de 29 ans, s'était aperçue, il y a quatre ans, que sa joue gauche augmentait lentement de volume ; puis il y a six mois, l'autre joue, mais à un moindre degré.

- L'examen confirma une hypertrophie bilatérale des masséters, plus importante à gauche.

- Sur les radiographies: important élargissement des angles du maxillaire.

- A l'examen neurologique :
  - nette augmentation du seuil de l'excitabilité musculaire, particulièrement au niveau de la ceinture scapulaire;
  - pas d'incoordinations musculaires.

- Une biopsie du masséter gauche, par voie endo-buccale, permit à l'histologiste de conclure : "tissu normal".

-RESUME :

- Augmentation progressive du volume de la joue gauche, puis droite, chez une femme de 29 ans
- Examens général et neurologique négatifs.
- Radiographies : important élargissement des angles du maxillaire.
- Histologie : normale.
- Diagnostic : hypertrophie bénigne, acquise et bilatérale des muscles masséters.

OBSERVATION N° 4 - MAXWELL et WAGGONER (I950)

- Depuis deux ans, cette jeune femme de 22 ans (J... N...) se plaignait d'une tuméfaction de la joue droite, qui s'était nettement accentué au cours des six derniers mois.

- Elle ne souffrait pas, mais cette joue se fatiguait vite.

- A l'examen :
  - asymétrie du visage due manifestement à l'hypertrophie du masséter droit
  - ce dernier se contractait d'ailleurs plus lentement et moins énergiquement - ce que confirma un électromyogramme.
  - en outre, nette asymétrie corporelle : épaule plus haute et clavicule plus saillante à gauche.

- Une biopsie du masséter droit, par voie endo-buccale, suivie d'un examen microscopique, ne décele aucune modification pathologique.

- RESUME :
  - Augmentation progressive du volume de la joue droite avec asymétrie du visage, chez une jeune femme de 22 ans.
  - Fatigabilité plus rapide des muscles de ce côté.
  - A l'examen : asymétrie corporelle, au détriment du côté droit.
  - A l'électromyogramme : voltage abaissé à droite.
  - Histologie:normale
  - Diagnostic : hypertrophie acquise, bénigne du masséter droit.

OBSERVATION N° 5 - MAXWELL et WAGGONER (I950)

- C'est encore une jeune femme , L... B..., I7 ans, qui se plaint de voir sa joue droite augmenter progressivement de volume depuis environ huit mois.

- Lorsqu'elle mastique, elle ressent comme une crampe dans cette joue.

- A l'examen : hypertrophie du muscle masséter droit.
- Sur les radiographies : aucune anomalie du maxillaire.
- A l'examen neurologique :
  - augmentation du seuil de l'excitabilité musculaire à la partie supérieure droite du dos.
  - légère difficulté à coordonner les mouvements,
  - affaiblissement de la "poigne" à droite.
  - électromyogramme tout à fait normal.

- L'examen histologique, après biopsie, indiqua : "quelques grosses fibres sans striation, mais rien de significatif".

- RESUME :
  - Augmentation progressive du volume de la joue droite chez une jeune femme de I7 ans.
  - Electromyogramme : normal
  - Radiographies : normales
  - Histologie : sans anomalies significatives
  - Diagnostic : hypertrophie acquise du masséter droit.

OBSERVATION N° 6 - DRUMMOND et McINTOSH (I952)

- Ici, c'est un homme de 28 ans qui, devant une "grosseur" de la joue droite persistant depuis deux ans, redoutait un cancer, étiologie que son médecin n'avait d'ailleurs pas écartée.

- Aucune explication à cela, tant dans ses antécédents familiaux que personnels.

- A l'examen :
  - sujet en parfaite santé présentant une tuméfaction mal limitée et indolore de la joue droite, avec nette asymétrie faciale.
  - tuméfaction de consistance typiquement musculaire, se durcissant lors de la contraction des mâchoires.
  - peau normale, non adhérente
  - aucun élément inflammatoire. Pas d'adénopathies .

- Tous les autres examens négatifs , y compris la sialographie.

- Le résultat d'une biopsie suffit à rassurer ce malade :
  - macroscopiquement : muscle d'aspect normal.
  - microscopiquement : "faisceaux de fibres striées uniformes, de taille et d'aspect normaux, sans suspicion de malignité".

- Revu un an après, il conservait néanmoins son hypertrophie.

- RESUME :
  - Augmentation progressive du volume de la joue droite, avec nette asymétrie faciale, suspecte , au départ, de malignité, chez un homme de 28 ans.
  - Tous les examens complémentaires normaux, en particulier la sialographie.
  - Histologie : normale
  - Diagnostic : hypertrophie bénigne, acquise du masséter droit.

OBSERVATION N° 7 - DRUMMOND et Mc INTOSH (1952)

- Un médecin de 32 ans présentait une hypertrophie bénigne du masséter droit.
- Son attention fut attirée dès 19 ans par une tuméfaction indolore qu'il vit ensuite augmenter jusqu'à l'âge de 25 ans.

- Là encore, rien dans les antécédents.

- A l'examen :
  - les molaires supérieures droites sont un peu usées ; (pas de bruxomanie toutefois).
  - cette tuméfaction se raffermit lorsque le muscle se contracte.

- Le malade jugea l'intervention inutile.

- RESUME :
  - Augmentation progressive du volume de la joue droite avec asymétrie du visage, chez un homme de 32 ans.
  - Examens local, général négatifs.
  - Diagnostic : hypertrophie bénigne, acquise du masséter droit.

OBSERVATION N° 8 - A.B. KERN -(1953)

- Ce garçon de 22 ans (G... F...) fut admis en Dermatologie pour "urticaire chronique" trainant depuis quatre ans.

- Après examen complet, on admit l'hypothèse d'un facteur émotionnel, confirmé par les psychiatres.

- A l'examen : outre les traces d'urticaire, on remarqua au niveau de la mâchoire :
  - une tuméfaction bilatérale, plus accentuée à gauche.
  - ferme, sans adhérence au plan cutané.

- Les examens dentaires, O.R.L. et radiologiques ne découvrirent rien.

- Pas d'adénopathies.

- Le malade pensait qu'il s'agissaitlà d'un phénomène passager dû à l'émoti ce qui évoqua un instant la possibilité de "lésions géantes d'urticaire".

- Mais un examen plus approfondi révéla le caractère permanent de ces tuméfactions et surtout l'habitude qu'avait cet émotif de serrer les dents et d'en grincer la nuit.

- On conclut alors à une hypertrophie des masséters.

- Le malade ne fut pas opéré. On lui recommanda simplement d'éviter de grincer des dents.

- RESUME :
  - Tuméfaction progressive des deux joues, plus prononcée à gauche, chez un homme de 22 ans atteint d'"urticaire chronique".
  - Sujet instable et émotif crispant les mâchoires et grinçant des dents la nuit.
  - Examens local et général négatifs.
  - Radiographies : normales
  - Diagnostic : hypertrophie acquise et bénigne des masséters.

OBSERVATION N° 9 - WEGMANN et MEISTER (1956)

- Chez cet homme de 26 ans, on hésitait entre les diagnostics de parotidite et d'hémopathie maligne.

- Il présentait, en effet , de chaque côté du visage, dans la région parotidienne , une "tumeur" de la taille d'une noix, bien délimitée et ferme.

- L'examen général, ainsi que l'examen O.R.L. furent rigoureusement négatifs.

- A la radiographie : éversion des deux angles du maxillaire.
- Le diagnostic d'hypertrophie bilatérale du masséter fut posé.
- Trois ans plus tard, rien n'avait changé.

- RESUME :
  - Augmentation récente du volume des joues, ayant entrainé les diagnostics de parotidite et même d'hémopathie, chez un homme de 26 ans.
  - Examens général et O.R.L. négatifs.
  - Radiographies : éversion des deux angles du maxillaire.
  - Diagnostic : hypertrophie bénigne et bilatérale des masséters.

OBSERVATION N° IO - WEGMANN et MEISTER (I956)

- Depuis son enfance, cet homme de 30 ans avait une asymétrie du visage qu'il attribuait à un traumatisme de la joue gauche.

- Mais c'est tout récemment que la joue droite enfla :
  - sans que le malade en souffrit
  - avec exagération des symptômes quand il serrait les dents.

- L'examen général et l'examen O.R.L. n'apportèrent aucun renseignement intéressant.

- A la radiographie : encore cette éversion de l'angle du maxillaire.

- A remarquer, dans ce cas, qu'une lithiase parotidienne masquait en partie la déformation à gauche.

- Le diagnostic exact fut rétabli à l'intervention.

- RESUME :
  - Très ancienne tuméfaction de la joue gauche avec apparition récente et progressive du même symptôme à droite, chez un homme de 30 ans.
  - Examens général et O.R.L. négatifs.
  - Radiographies : éversion de l'angle du maxillaire.
  - Diagnostic : hypertrophie bilatérale des masséters, avec lésion parotidienne gauche surajoutée.

OBSERVATION N° 11 - BARTON (1956)

- Une étudiante de 18 ans avait constaté, il y a cinq ans, que sa joue gauche augmentait de volume.

- Elle consulta : plusieurs médecins et subit de nombreux examens, sans autre résultat que d'accroître son inquiétude.

- A l'examen, elle présentait :
  - une tuméfaction molle, mal limitée, au niveau de l'angle gauche du maxillaire. Cette tuméfaction se durcissait lors de la contraction des mâchoires.
  - La salive était claire ;
  - il n'y avait pas d'adénopathies ;
  - mais les dents, sérieusement usées, confirmaient l'habitude, reconnue par la malade, d'en grincer la nuit.

- Le diagnostic d'hypertrophie bénigne du masséter fut posé.

- RESUME :
  - Augmentation de volume progressive de la région massétérine gauche considérée au début comme une tumeur, chez une femme de 18 ans.
  - Examen général négatif.
  - mais sujet nerveux qui grinçait des dents la nuit.
  - Diagnostic : hypertrophie bénigne, acquise du masséter gauche.

OBSERVATION N° I2 - BARTON (I956)

- Depuis deux mois, ce cinéaste professionnel voyait sa joue gauche enflée en même temps qu'il souffrait de l'oreille.
- Son médecin diagnostiqua une otite.
- Son travail le préoccupait et sa nervosité se traduisait par une crispation des mâchoires.

- A l'examen :
  - Pas d'anomalies de l'oreille externe, ni du tympan ,
  - la douleur provenait de l'articulation temporo-maxillaire, non du tragus;
  - cette joue gauche était augmentée de volume d'une manière diffuse ;
  - l'articulé était mauvais avec usure anormale des dents.

- Sur les radiographies : éversion du bord inférieur du maxillaire.
- Le diagnostic d'hypertrophie bénigne du masséter avec arthralgies temporo-maxillaires fut posé.

- RESUME :
  - Augmentation progressive du volume de la joue gauche avec douleur au niveau de l'oreille qui fait poser le diagnostic d'otite.
  - Sujet particulièrement neurotonique crispant sans cesse les mâchoires et grinçant des dents.
  - Radiographies : éversion du bord inférieur du maxillaire.
  - Diagnostic : hypertrophie bénigne du masséter gauche avec arthralgies temporo-maxillaires.

OBSERVATION N° I3 - OPPENHEIM et WING (I957)

- Un homme de 50 ans fut opéré d'un adénome thyroïdien.

- Un examen clinique systématique permit de découvrir une hypertrophie du masséter droit.

- La parotide fut explorée par sialographie, mais elle était intacte.

- Par contre, les dents étaient en triste état et nécessitèrent des extractions et même une prothèse , en haut.

- Aucun traitement ultérieur ne fut entrepris.

- RESUME :
  - Hypertrophie de la région massétérine droite chez un homme de 50 ans.
  - Examen général négatif .
  - Sialographie normale .
  - Denture en mauvais état .
  - Diagnostic : hypertrophie bénigne du masséter droit.

OBSERVATION N° I4 - OPPENHEIM et WING (I958)

- Cet homme de 34 ans avait été adressé en Neurochirurgie pour "névralgie faciale atypique" et traité sans résultat par l'histamine.

- La joue gauche avait augmenté de volume il y a une quinzaine d'années.

- Et depuis quelques mois, il se plaignait d'une douleur irradiant de l'oreille au maxillaire, à l'orbite et à la tempe gauches.

- Cette douleur, permanente et lancinante, s'accentuait lors des efforts de mastication.

- Les examens O.R.L. et dentaires ne décelèrent aucune anomalie ; aucune limitation à l'ouverture de la bouche, en particulier.

- Sur les radiographies :
  - déplacement latéral du Sténon (après sialographie)
  - exostose de l'angle du maxillaire, à gauche.

- RESUME :
  - Augmentation progressive du volume de la joue gauche, avec élément douloureux récent pris pour une névralgie faciale, chez un homme de 34 ans.
  - Examens général, O.R.L. et dentaire négatifs.
  - Radiographies : exostose de l'angle du maxillaire gauche.
  - Diagnostic : hypertrophie bénigne du masséter gauche.

OBSERVATION N° I5 - HARTMANN (I958)

- Nous citons ici le cas d'un jeune garçon de I3 ans I/2 dont la joue droite commença à enfler vers l'âge de II ans.
- Rapidement, l'autre joue fut atteinte ainsi que les tempes.
- L'enfant ne souffrait pas .
- L'examen de ce garçonnet, en parfaite santé, révéla une nette augmentation du volume des régions massétérines et des fosses temporales, plus marquée à droite, avec diminution de la force musculaire de ce côté.
- Les diverses explorations pratiquées furent négatives, l'électromyogramme en particulier.

- RESUME :
  - Augmentation progressive du volume des régions massétérines et temporales, plus marquée à droite, chez un garçonnet de I3 ans .

- Examens général, neurologique, dentaire, électrique et de laboratoire négatifs.
- Diagnostic : hypertrophie bénigne, acquise des muscles masséters et temporaux.

OBSERVATION N° I6 - OPPENHEIM et WING (I958)

- Une femme de 32 ans fut admise en Chirurgie pour "tumeur mixte de la parotide".

- Trois mois auparavant était apparue une masse indolore au niveau de sa joue gauche ; et tout récemment, elle s'était mise à souffrir de l'oreille et des dents.

- L'examen confirma l'existance de cette masse au niveau de l'angle gauche du maxillaire. Elle était indolore.

- Rien à signaler au cours de l'examen somatique.

- Sur les radiographies :
  - simple déplacement latéral du Sténon (après sialographie),
  - exostose de l'angle du maxillaire, à gauche.

- La biopsie et l'examen histologique de la parotide et du muscle ne révèlèrent aucune anomalie macroscopique ou microscopique.

- RESUME :
  - Augmentation progressive du volume de la joue gauche prise au début pour une "tumeur mixte de la parotide", chez une femme de 32 ans.
  - Présence d'un élément douloureux au niveau de l'oreille et des dents.
  - Examen général négatif.

- Radiographies : exostose de l'angle gauche du maxillaire .
- Histologie : normale .
- Diagnostic : hypertrophie bénigne, acquise du masséter gauche.

OBSERVATION N° I7 - MOULY (I958)

- Une jeune fille de I7 ans consulte pour augmentation progressive du volume de la joue gauche. Celle-ci est devenue très importante et entraine une asymétrie du visage.

- Le début semble remonter à plus d'un an. Une cause dentaire a d'abord été invoquée , sans être découverte ; puis, en raison d'un virage assez bruyant de cuti-réaction à l'âge de I4 ans, un lymphome tuberculeux.

- La ponction n'a rien ramené.

- Les radiographies de la région angulo-maxillaire sont normales.

- A l'examen :
  - Cette hypertrophie de la joue est faite d'une masse assez molle correspondant aux contours du muscle et faisant corps avec lui au cours de tous les mouvements de la mâchoire.
  - il n'y a aucune gène, aucune douleur, aucun trismus.
  - le côté opposé est normal.

- Le diagnostic d'hypertrophie acquise du masséter fut posé.

- La correction chirurgicale fut réalisée (par voie directe cutanée) et un fragment prélevé :
  - macroscopiquement : muscle hypertrophié, mais normal.
  - microscopiquement : "tissu musculaire normal".

- RESUME :
  - Augmentation progressive du volume de la joue gauche attribué à une cause dentaire, puis à un lymphome tuberculeux, chez une femme de I7 ans.
  - Examen général négatif.
  - Radiographies : normales .
  - Histologie : normale .
  - Diagnostic : hypertrophie bénigne, acquise du masséter gauche.

OBSERVATION N° I8 - MARTENSSON (I959)

- Un jeune homme de 25 ans consulta son médecin pour une "tumeur" indolore de la joue gauche ; il craignait un cancer.

- En fait, le diagnostic d'oreillons fut posé.

- Cependant , la tumeur persistait.

- C'est alors qu'il déclara grincer continuellement des dents la nuit et faire grande consommation de "chewing-gum".

- A l'examen :
  - Joue gauche nettement augmentée de volume,
  - cette déformation correspondant au masséter et faisant corps avec lui au cours des contractions.

- Sur les radiographies : angles du maxillaire saillants.

- La correction chirurgicale fut réalisée (par voie directe cutanée), un fragment prélevé et analysé : "muscle strié sans altération pathologique".

- RESUME :

- Augmentation progressive du volume de la joue gauche, d'abord étiquetée "oreillons", chez un homme de 25 ans.
- Sujet grinçant des dents la nuit et consommant du "chewing-gum".
- Radiographies : saillie des angles du maxillaire .
- Histologie : normale .
- Diagnostic : hypertrophie bénigne, acquise du masséter gauche.

---

oOo

CHAPITRE III

- E T U D E P R A T I Q U E -

Assez peu de malades, nous l'avons dit, viennent d'eux-mêmes consulter pour cette affection. Ils y sont amenés par un souci esthétique ou plus généralement par leur médecin ou leur dentiste.

1 - Cette hypertrophie, rare dans l'adolescence, se manifeste habituellement de la seconde à la quatrième décade de la vie. WOLHYNSKI explique cette fréquence dans l'âge mûr par un cycle musculaire qui comprendrait : " une phase de croissance, de la naissance à l'âge de 20 ans ; une phase de stabilité relative, de 20 à 35 ans ; puis ensuite une dégénérescence progressive".

2 - L'influence du sexe ne semble pas déterminante. BOLDT rapporte une majorité de cas féminins, GUGGENHEIM et COHEN citent six femmes pour un homme. Cela conduit, pour l'ensemble de la littérature, au rapport de deux à un, en faveur de l'élément féminin. Cette prédominance féminine n'est peut être que le reflet de soucis esthétiques inhérents au sexe.

3 - Certains enfin, avec DRUMMOND et Mc. INTOSH, invoquent un facteur racial. A l'exception de deux Noirs et d'un Indien de l'Est, tous les malades connus appartiennent, en effet, à la race blanche.

I - LA CLINIQUE :

C'est très souvent l'entourage qui attire l'attention du sujet sur la déformation. Elle donne au visage, vu de face, un aspect carré, qui poussé à un certain degré peut devenir fort inesthétique, "grotesque" même comme l'estiment certains auteurs.

La découverte en est plus précoce si l'atteinte et unilatérale, en raison de l'asymétrie qu'elle entraine (40% des cas, à gauche le plus souvent).

L'atteinte concomittante des muscles temporaux semble exceptionnelle : outre le cas que nous avons personnellement observé, quatre auteurs seulement en font état (LEGG - BOLDT - RASMUSSEN et HARTMANN). La chevelure masquant la fosse temporale, cette localisation est toujours beaucoup moins évidente qu'au niveau des masséters.

1 - L'interrogatoire précise que la déformation apparait très progressivement, au point de pouvoir passer inaperçue du malade pendant des mois.

Mais souvent, c'est un élément douloureux qui l'inquiète. Cette douleur va de la simple fatigabilité musculaire à de véritables myalgies bilatérales, survenant par crises ; les irradiations simulant une otalgie, une névralgie dentaire ou faciale, une arthrite temporo-maxillaire, ou encore une "céphalée" temporale, notre observation en témoigne. De là, bien des erreurs de diagnostic.

2 - L'inspection découvre la tuméfaction, en précise l'aspect et apprécie, s'il y a lieu, l'asymétrie faciale.

Mais dans tous les cas, la peau reste normale ; il n'y a pas de phénomènes inflammatoires et les mouvements du cou sont libres.

3 - La palpation affirme l'origine essentiellement musculaire de cette affection :

- au niveau des masséters, la tuméfaction est ferme, élastique et dessine le contour du muscle ;

- au niveau des fosses temporales, qu'il faut systématiquement explorer, elle donne une sensation de plénitude, de tension ferme ;
- mais, fait important, elle est toujours solidaire du muscle : elle se durcit en se contractant quand le patient serre énergiquement les dents, molaires bien en contact.

Cette tuméfaction est elle-même indolore, les phénomènes douloureux précédemment décrits étant, en général, périphériques.

La mastication est normale . Il n'y a pas de déficit moteur, tout au plus une certaine fatigabilité des muscles de la mâchoire. Jamais de trismus.

La peau est bien mobile sur le plan musculaire.
Il n'y a pas d'adénopathies.

Les artères temporales sont souples, non douloureuses, normales.

Enfin, on peut sentir, au niveau de l'angle du maxillaire, une saillie osseuse correspondant aux surfaces d'insertion du muscle (LEGG et W.M. ADAMS).

4 - Dernière caractéristique, cette anomalie est isolée :

- localement, la parotide, le Sténon sont normaux;
- les anomalies dentaires, usure, mauvais articulé, lésions de l'articulation temporo-maxillaire, si elles existent, n'ont d'intérêt que pour discuter le mécanisme.
- Sur le plan neurologique, les autres muscles sont intacts ; il n'y a aucun signe d'atteinte des nerfs crâniens.
- Il n'y a aucun retentissement général.
- ni humoral ; c'est très important pour qui ignore cette entité, spécialement pour éliminer les diagnostics de myosite - artérite - collagénose.
- Le retentissement psycho-affectif, particulièrement chez la femme est, par contre, à prendre en considération. L'anomalie est très inesthétique.

II - L'EVOLUTION :

est constamment bénigne, ne présentant que des inconvénients d'ordre esthétique ; ce qui explique que beaucoup d'auteurs ne tentent pas d'intervention, seul remède à cette disgrace physique.

III - LES EXAMENS COMPLEMENTAIRES

sont nécessaires pour affirmer le diagnostic. Ici, l'histologie occupe une place de choix.

1 - Les examens de sang :

- numération globulaire et formule sanguine,
- vitesse de sédimentation, sont normaux.

Tout processus inflammatoire ou infectieux est éliminé.

2 - L'examen radiologique :

Le maxillaire inférieur, sous des incidences correctes, montre souvent au niveau de l'angle une protubérance osseuse.

Les auteurs qui en font état parlent d'"éversion", d'"hyperostose", ou d"exostose".

GUGGENHEIM se refuse à l'assimiler aux exostoses vraies (accidentelles - séniles ou pathologiques), aux ostéomes (tumeurs osseuses bien individualisées); il en fait une banale hyperplasie fonctionnelle.

Mais très souvent, il s'agit d'une simple éversion de l'angle (BARTON).

3 - La sialographie parotidienne

est normale dans tous les cas où elle est pratiquée. Seuls, OPPENHEIM et WING signalent parfois un "déplacement latéral du canal de Sténon",

repoussé vraisemblablement par le muscle hypertrophié.

4 - L'électromyographie

n'est pas de pratique systématique.

WEGMANN et MEISTER, HARTMANN ont observé des résultats normaux.

MAXWELL et WAGGONER, une fois, un voltage abaissé; Mais la simple inactivité d'une portion de muscle peut se traduire ainsi .

5 - Les examens ORL et ophtalmologique :

à toujours pratiquer, n'apportent aucun argument positif.

6 - L'examen électroencéphalographique

effectué chez notre malade, n'a montré aucune altération du tracé.

7 - Les données anatomo-pathologiques

reposent sur les constatations opératoires et biopsiques.

IV - L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE

1 - Aspect macroscopique :

Le muscle apparait considérablement hypertrophié, mais d'aspect normal sous sa gaine et sur sa tranche de section.

Dans un cas, on perçut au sein même du muscle, une masse circonscrite, plus ferme et suspecte de malignité. Mais à l'intervention, l'anesthésie générale la fit disparaitre. Il s'agissait d'un segment musculaire contracturé (GUGGENHEIM et COHEN).

2 - Aspect microscopique :

Il n'a jamais été trouvé d'altérations majeures, ni, a fortiori, d'aspects spécifiques.

Tous les examens histologiques pratiqués font état d'aspects sub-normaux, sinon totalement normaux. Aucune signification ne peut être accordée à :

" Quelques fibres plus épaisses que la normale" (COFFEY)

" Muscle normal avec un peu d'oedème" (GURNEY)

" Muscle normal avec quelques fibres plus larges" (MAXWELL et WAGGONER)

" Muscle peu différent de la normale" (MASTERS-GEORGIADE-PICKRELL)

" Quelques larges fibres avec striation absente" , altérations très mineures, voire inexistantes.

GUGGENHEIM et COHEN ont étudié ce problème sous l'angle volumétrique et ont réalisé des études comparatives de fibres musculaires provenant de masséters sains et de masséters hypertrophiés, prenant le grand droit abdominal pour référence. Ils n'ont jamais observé de différences significatives entre toutes ces fibres.

On peut donc conclure pratiquement qu'aucune altération morphologique patente ne semble constituer le substratum de cette affection.

L'histologie permet cependant d'éliminer la nature tumorale, la nature inflammatoire, spécifique ou non, la nature rhumatismale de cette hypertrophie et de restreindre par conséquent le champ des investigations étiopathogéniques. C'est là son mérite.

V - LE DIAGNOSTIC :

Reconnaitre une hypertrophie bénigne acquise des muscles masséters et temporauxest facile pour qui sait l'existence de cette affection.

Le diagnostic repose sur deux ordres d'éléments :

- Positifs :
  - l'apparition progressive et isolée d'une augmentation de volume uni ou bilatérale des régions massétérines, intéressant parfois les fosses temporales.

- Cette tuméfaction est bien circonscrite dans les limites du muscle qui semble atteint dans sa totalité.
- Elle est indolore, résistante, solidaire de la mâchoire et recouverte par une peau saine et mobile.
- Elle est contractile, ce qui affirme sa nature musculaire.

- Négatifs :
  - Tous les examens complémentaires et de spécialité sont normaux.

Ces notions permettent d'affirmer la nature bénigne et acquise de cette curieuse affection.

Mais il faut admettre que bien souvent le diagnostic a été longtemps méconnu ou hésitant. On pense généralement à d'autres causes plus fréquentes.

A - On élimine facilement les lésions inflammatoires des masséters :

1 - Les myosites aiguës ou chroniques :
- avec atteinte symétrique fréquente,
- mais aussi retentissement général,
- et importantes altérations histologiques .

2 - Les polymyosites, ossifiantes ou fibreuses :
- se propageant vite à d'autres éléments musculaires.
- leur aspect histologique et radiologique est caractéristique.

3 - Les collagénoses :
- chez des sujets ayant généralement présenté d'autres localisations rhumatismales,
- avec retentissement général et humoral.

B - Les tumeurs musculaires sont de diagnostic plus délicat , surtout en cas d'hypertrophie unilatérale :

1 - Qu'elles soient bénignes comme :

- les fibromes, les lipomes, les exceptionnels myxomes,
- les myomes, dont la localisation massétérine a été observée (MIGNON). Ils sont formés aux dépens du tissu musculaire et apparaissent plus nettement à la contraction du muscle. Ils seraient la conséquence d'une rupture musculaire ancienne.
- les rhabdomyomes bénins, mais congénitaux ;
- les angiomes musculaires, lymphangiomes et hémangiomes, également congénitaux .

2 - ou malignes :

- au début de leur évolution.

C - Les lésions parotidiennes sont d'un diagnostic aisé en soi, mais trop fréquentes pour ne pas être immédiatement évoquées :

- Lithiase
- Parotidites aiguës, chroniques, ou spécifiques
- Parotidoses et parotidomégalies, exceptionnelles,
- Tumeurs parotidiennes bénignes, malignes et tout particulièrement mixtes.

D - Quelques autres affections, enfin, peuvent aussi égarer le diagnostic :

- une adénopathie,
- l'artérite temporale, surtout à son début où manquent les signes artériels et prédomine l'élément douloureux ;
- des affections d'origine dentaire,
- des lésions musculaires :
  - . traumatiques : rupture
  - . post-traumatiques : hématome
  - . parasitaires ;
- des lésions osseuses :
  - . ostéopériostite de la branche montante,
  - . hypertrophies osseuses congénitales de l'angle
  - . adamantinomes.

- l'otite externe enfin.

C'est en fait :

- l'existence de phénomènes douloureux,
- l'asymétrie possible de l'affection,
- l'ignorance surtout où beaucoup se trouvent de cette entité, qui expliquent la diversité des diagnostics proposés.

VI - L'ETIOLOGIE

Reste obscure et très discutée .

1 - L'hyperfonctionnement du muscle

est de loin l'explication le plus souvent proposée.

- Certains l'attribuent à une usure anormale des dents ou à leur absence, à un mauvais articulé ou encore à une lésion de l'articulation temporo-maxillaire ;
- D'autres à une bruxomanie ;
- D'autres enfin à la crispation fréquente et prolongée des mâchoires, chez les sujets neurotoniques.

Beaucoup de malades ont cependant une excellente denture ; et l'affection ne semble pas plus fréquente chez les athlètes qui utilisent la force de leur mâchoire, tout au plus présentent-ils une musculature plus puissante.

2 - Un traumatisme local

ou des microtraumatismes répétés, pourraient, par rupture des fibres musculaires près de leurs insertions, provoquer, en se rétractant, l'hypertrophie du muscle (MAXWELL-THOMA). Leur ossification ultérieure expliquerait certains aspects radiologiques, si l'histologie n'infirmait cette hypothèse dans la grande majorité des cas.

3 - Une hyperostose de l'angle du maxillaire

a été accusée d'augmenter la surface d'insertion du muscle, provoquant ainsi son hypertrophie. N'en serait-elle pas plutôt la conséquence.

Bref, aucune explication solide n'est apportée au problème étiopathogénique de cette affection.

Cependant, l'hypothèse d'un hyperfonctionnement semble satisfaisante. Elle apporterait une explication chez ces sujets neurotoniques qui crispent les mâchoires. C'est d'ailleurs chez ces mêmes sujets que l'on observe des douleurs "maxillaires" lorsque leur "tension psychique" est à son maximum.

Un argument indirect, mais semble-t-il, d'une certaine valeur, peut, dans l'optique de cette hypothèse pathogénique, être trouvé dans la physiologie de la mastication : la contraction des masséters et des temporaux est synergique, non syndhrone ; le temporal se contracte un peu après le masséter dont il renforce l'action dans les mouvements de fermeture de la bouche. Ceci expliquerait :

- la plus grande fréquence de l'atteinte isolée des masséters,
- la possibilité d'extension aux temporaux.

Les formes unilatérales ou à prédominance unilatérale relèveraient d'une asymétrie de l'articulé dentaire.

oOo

CHAPITRE IV

- T R A I T E M E N T -

Le traitement médical ressort de la psychothérapie ; la chirurgie permet la correction esthétique.

I - LE TRAITEMENT MEDICAL :

consiste à rassurer le malade sur la bénignité de son affection . Si l'on atteint ce but, avec ou sans tranquillisants, bien des manifestations secondaires disparaitront.

II - LE TRAITEMENT CHIRURGICAL :

corrige la déformation. Avant de l'entreprendre, il sera parfois indispensable de restituer au malade son articulé dentaire.

Au niveau des muscles temporaux, la chevelure dissimule cette localisation ; notre étude se limitera aux muscles masséters.

1 - Rappel anatomique :

Le masséter est un muscle court, épais, rectangulaire, allongé de haut en bas, étendu de l'arcade zygomatique à la face externe de la branche montante du maxillaire inférieur ; il est formé de deux faisceaux : un faisceau superficiel et un faisceau profond (faisceau moyen de ROUVIERE).

L'aponévrose massétérine recouvre le muscle et se dédouble pour engainer le prolongement antérieur de la parotide et le canal de Sténon.

2 - Principe :

Il consiste à réséquer une partie du muscle hypertrophié ainsi que la protubérance osseuse anormale, si elle existe, au niveau de l'angle du maxillaire.

3 - Techniques :

Deux techniques sont proposées :

GURNEY (1947), puis W. ADAMS (1949) préconisent la voie directe cutanée GURNEY considérant le faisceau profond comme le plus important dans les mouvements d'élévation de la mâchoire fait porter sa résection sur la portion superficielle ; ADAMS sur la portion, profonde, l'essentiel étant de ménager les éléments nerveux par résection sous-aponévrotique.

GINESTET et ses collaborateurs (1959) préconisent la voie endo-buccale. Ils considèrent la voie cutanée comme dangereuse, en raison des risques de blessure, élongation ou contusion du facial et des filets qui s'en détachent. Ils jugent aussi qu'une intervention à visée esthétique ne doit pas être entâchée d'une cicatrice, si discrète soit-elle.

4 - Conclusions :

La résection musculaire seule semble suffisante dans la grande majorité des cas, l'angle n'étant généralement pas hypertrophié, mais simplement évervé.

Il faut se souvenir que c'est là une intervention relativement importante, non exempte de risques pour la branche cervico-faciale du nerf facial lorsqu'on utilise la voie cutanée.

Au strict point de vue esthétique, et c'est la seule considérati n du patient, la voie indirecte endo-buccale semble plus séduisante.

oOo

TROISIEME PARTIE

- C O N C L U S I O N S -

I - L'Observation d'un cas d'hypertrophie bénigne , acquise des muscles masséter. et temporaux nous a incités à étudier cette affection pour souligner l'intérêt de son diagnostic.

II - Qu'il s'agisse d'une hypertrophie localisée aux masséters, ou d'hypertrophie portant sur masséters et temporaux ;

Que cette hypertrophie soit bilatérale et symétrique, unilatérale ou à prédominance unilatérale ;

elle se caractérise par :

1 - Son allure clinique :
- progressivité de son apparition ;
- existence fréquente d'un élément douloureux, source d'erreurs de diagnostic ;
- nature essentiellement musculaire et isolée de l'affection ;
- évolution constamment bénigne :
  - sans retentissement général
  - sans retentissement humoral.

2 - Son aspect anatomo-pathologique :
- macroscopiquement : muscle hypertrophié, mais normal;
- microscopiquement : aucune altération histologique.

3 - Ses difficultés diagnostiques ;

4 - Son traitement :
- psychothérapie
- chirurgie correctrice.

III - Quant à la place de cette affection, elle se tient sans aucun doute parmi "les maladies du muscle".

Plus exactement, en l'absence de toute anomalie inflammatoire, infectieuse ou dégénérative, il est logique d'admettre qu'il s'agit d'une hypertrophie bénigne.

L'hyperfonction, qu'elle soit liée à des anomalies de l'articulé dentaire, ou à une "tension psychique" , ou à une habitude (bruxomanie, chewing gum), ne semble pas expliquer parfaitement l'ensemble des cas observés, spécialement ceux où l'hypertrophie est limitée et unilatérale.

En l'absence de lésions anatomiques et de séquelles de micro-traumatismes, elle reste cependant l'hypothèse la plus plausible et parler d'hypertrophie bénigne idio·pathique n'est que masquer notre ignorance.

oOo

Vu, le Président de Thèse :

M. BARIETY

Vu, le Doyen de la Faculté :

M. L. BINET

Vu et permis d'imprimer
le Recteur de l'Académie de Paris

J. ROCHE

- B I B L I O G R A P H I E -

1 - ADAMS W.M., "Hypertrophie bilatérale des muscles masséters : intervention correctrice" - British Journal of plastic surgery. I949, 2, 78-8I.

2 - BARTON RT., "Hypertrophie bénigne du masséter". J.A.M.A. Août I957, I64, I5, I646-I648.

3 - BECK H., "Le problème de l'hypertrophie des muscles masticateurs" - Zahnarztl. Rundschan. 5 Octobre I952, 6I, n° I9, 567-573.

4 - BENOIST M., "Hypertrophie des masséters" - Encyclopédie M.C. Stomatologie, Octobre I956 - 22.060. A_{IO}.

5 - BERCHER J. - HENAUT M. - PARRET J., "Affections parotidiennes" - Encyclopédie M.C., O.R.L., décembre I95I, 22.060, A_{IO} et Octobre I956/c, 22.057, C_{IO} - D_{IO} - E_{IO} - G_{IO}.

6 - BLOCH-LAINE, "Affections des muscles". Encyclopédie M.C. Appareil loco-moteur, T. III, Mars I956/c, I5.I5I, A_{50}.

7 - BOLDT H., "Supplément à l'étude de l'hypertrophie bénigne des muscles masséters" - Thèse n° 3I - Berlin - I930.

8 - CALDWELL J.B. et HUGHES K.W., "Hypertrophie des masséters et de la mandibule". J. oral Surgery - Octobre I957, I5, n° 4, 329-3I.

9 - CERNEA P., "Tumeurs bénignes des maxillaires" - Encyclopédie. M.C. Stomatologie. Novembre I954, 22.087, A_{IO}, p. 2.

IO - COFFEY R.J., "Hypertrophie unilatérale du masséter". Surgery, mai I942, II, 8I5-8I8.

II - COSTA PAZ A. et O'CONOR C.M., "Traitement de l'hypertrophie bénigne des masséters. Prensa Méd. Argent. 3 Octobre I958, 45, n° 40, 3.222-3.224.

I2 - CREPY Cl., "Physiologie de la mastication", Encyclopédie M.C. Stomatologie, Octobre I955, 22.009, M_{IO}, p. I-6.

I3 - DENCER D., "Hypertrophie idiopathique bilatérale des masséters" Brit. J. Plast. Surgery. Juillet I96I, I4, n° 2, I49-I52.

I4 - DERGANC M., "L'hypertrophie du masséter" - Revue française d'Odonto-stomatologie. Oct. I957, 4, n° 8, I20I-I203.

I5 - DRUMMOND J.A. et MAC INTOSH C.A., "Hypertrophie unilatérale du muscle masseter" - American J. Surgery. Mai I954, 87, n° 5, 7II-7I4.

I6 - DUFOURMENTEL Cl. et MOULY R., "Hypertrophie bénigne des muscles masséters" Chirurgie plastique. Editions médicales Flammarion, I959, pp. 747-75I.

I7 - DUROUX M., "Hypertrophie musculaire bilatérale des masséters" - Lyon médical, Juin I905, I04, I355.

I8 - EUBANKS R.J., "Correction chirurgicale d'une hypertrophie du masséter, associée à un prognathisme unilatéral", J. oral Surgery, Janvier I957, I5, n° I, 66-69.

I9 - FRANCOIS J., "Uveites", Encyclopédie M.C., Ophtalmologie, Septembre I955, 225, C_{20}.

20 - GINESTET G., "Complications des fractures du maxillaire inférieur". Encyclopédie M.C. Stomatologie, Ière édition, Juillet I939, 22.07I, 5-7.

2I - GINESTET G. - FREZIERES H. - MERVILLE L., "Correction chirurgicale de l'hypertrophie du masséter". Archives de chirurgie plastique - Septembre I959, volume IV, n° 3, I88-I95.

22 - GINESTET G. et PELLET A., "Zones muettes et zones dangereuses en chirurgie faciale," Science médicale pratique I5-IV-I936.

23 - GUGGENHEIM P. et COHEN L.B., "Hyperostose externe de l'angle de la mandibule associée à une hypertrophie du masséter. Archives of otolaryngology, XII - I959, 70, n° 6. 674-680.

24 - GUGGENHEIM P. et COHEN L.B., "La nature de l'hypertrophie du masséter". Archives of otolaryngology, Janvier I96I, 73, n° I, I5-28.

25 - GUGGENHEIM P. et COHEN L.B., "Histopathologie de l'hypertrophie du masséter". Archives of Otolaryngology, Juin I960, 7I. n° 6, 906-9I2.

26 - GURNEY C.E., "Hypertrophie chronique, bénigne et bilatérale des masséters". American J. Surgery, I-I947, 73, I37-I39.

27 - HARTMANN W., "L'hypertrophie idiopathique du muscle masticateur". Archiv. für Kinderheilkunde, I959, I60, n° 3, 230-235.

28 - HERSH J.H., "Hypertrophie du muscle masséter", Archives of Otolaryngology- Juin I946, 43, 593-596.

29 - HRDLIEKA A., "Hyperostoses des maxillaires". American J. Phys. Authropol. 27, I, 67, 29 Juin I940.

30 - JUSTIN-BESANCON L. - KLOTZ H.-RUBENS A.- DUVAL H. - "Artérite temporale" Semaine des hôpitaux de Paris. Mars I948, 24, n° 26, 863-869.

3I - KERN A.B., "Hypertrophie du masséter". A.M.A. Areh. of Derm. and Syphilology - Mai I954, 69, n° 5, 558-562.

32 - KORTING G.N., "Hypertrophie bilatérale du muscle masséter" - Ztschr. Haut. U. Gschlkr. 22 : 87-90, I957.

33 - LAST R.J., "Les muscles de la mandibule" - Proc. Roy. Soc. Med. Juillet I954, 47, n° 7, 57I-578.

34 - LEGG J.W., "Elargissement bilatéral des muscles temporaux et masséters" Trait. Path. Soc. Londres I880, 3I, 36I.

35 - MARTENSSON G., "L'hypertrophie des muscles masséters". Aeta otolaryngologica - Novembre - Décembre I959, 50, n° 6, 526-530.

36 - MASTERS F. - GEORGIADE W. - PICKRELL K., "Le traitement chirurgical de l'hypertrophie bénigne du masséter". Plastic and reconstructive Surgery, Mars 1955, vol. I5, n° 3, 2I5-22I.

37 - MAXWELL J.H., "Hypertrophie du muscle masséter : entité clinique" A.M.A. Arch. otolaryngology, Février I952, 55, 254.

38 - MAXWELL J.H. et WAGGONER R.W., "L'hypertrophie des masséters". Ann.-otorhin.-Laryng. Juin I95I, 60, n° 2, 538-548.

39 - MIGNON, cité par BLOCH-LAINE.

40 - MOULY R., "Hypertrophie bénigne du muscle masséter"- Archives de chirurgie plastique - Juin I959, 4, n° 2, I27-I34.

41 - OPPENHEIM H. et WING M., "L'hypertrophie bénigne du muscle masséter". Archives of otolaryngology. Août 1959, 70, n° 2, 207-210.

42 - OHRT. H.H., "Hypertrophie bilatérale bénigne du muscle masséter" Ugesk. Laeger, 115 : 251-253, 1953.

43 - PERGOLA J. et PICARD J.A., "Lésions infectieuses des muscles". Encyclopédie M.C. Appareil loco moteur, T. III, Juin 1954, 15.151, A_{10}-A_{50}.

44 - RASMUSSEN H., "Hypertrophie du masséter" Ugesk. Laeger, 118 : 1329-1331, 1956.

45 - RISTOW W., "L'hypertrophie idiopathique du masséyer" Arch.-Ohren - Nasen - Kehlkopfh, 1958, 171, n° 2, 268-277.

46 - ROUVIERE H., Anatomie, 6ème édition 1948, Tome I.

47 - SODERBERG B.N. et SWITZER W.E., "Hypertrophie bilatérale des muscles masséters" - U.S. Armed. Forces. M.J. Mars 1954, 5, 393-396.

48 - TEMPEST M.N., "Hypertrophie bénigne et unilatérale du muscle masséter". British. Journal of plastic surgery. 1951, 4, 136-138.

49 - THOMA K.H., "Oral pathology," 3ème édition, p. 1.025, C.V. Mosby Co. Saint-Louis, 1950.

50 - TOURAINE A., "Artérite temporale". Encyclopédie M.C. Dermatologie. Tome II-12.053, A_a, p. 1.

51 - WEGMANN T. et MEISTER M., "L'hypertrophie du masséter", Scheizerish Med. Wochenschrift, 10 Mars 1956, 86, n° 10, 257-259.

52 - WOLHYNSKI F.A., "Etude qualitative et quantitative de la structure du muscle masséter chez l'homme". Anat. Anz. 1936, 82, 260-281.

TABLE DES MATIERES

pages

INTRODUCTION 1

PREMIERE PARTIE

- NOTRE OBSERVATION

OBSERVATION 5

DEUXIEME PARTIE

- LES HYPERTROPHIES BENIGNES, ACQUISES DES MUSCLES MASTICATEURS

CHAPITRE I : Historique 12

CHAPITRE II : Résumé des observations 14

CHAPITRE III: Etude pratique 32

CHAPITRE IV : Traitement 42

TROISIEME PARTIE

CONCLUSIONS 45

BIBLIOGRAPHIE I

AGEMP
POLYCOPIE
8, rue Dante
PARIS-V•
Téléphone : ODÉon 58-9[illegible]